CONCOURS D'AGRÉGATION

DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE MÉDICINE LÉGALE

1901

EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR J. PATOIR

Médecin des Hôpitaux de Lille.



LILLE

IMPRIMERIE LE BIGOT FRÈRES, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

25, rue Nicolas-Leblanc, et 68, rue Nationale

1901

TITRES

Externe des Hôpitaux de Lille. — Concours de 1889.

Interne des Hôpitaux de Lille. — Concours de 1891. (Reçu 1er).

Chef de Clinique Médicale. — Janvier 1894-Mars 1897.

Lauréat de la Faculté de Médecine. — (prix de thèse 1893).

Médecin des Hôpitaux de Lille (Concours de 1897).

Admissible au Concours d'Agrégation de 1898.

ENSEIGNEMENT

Conférences de Séméiologie. — Semestre d'hiver 1894-95-96.

Conférences d'Internat. — 1894-95-96-97.

Conférences pratiques d'Anatomie pathologique. — 1894-95-96.

Consultation externe de l'Hôpital St-Sauveur. — 1894-95-96.

Leçons pratiques de Vénéréologie. — 1897-1900.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — BLENNORRHAGIE

De l'Infection blennorrhagique

(Accidents généraux et manifestation à distance)

Thèse de Lille, 16 janvier 1893.

Le rhumatisme blennorrhagique, connu depuis si longtemps et si bien étudié au point de vue clinique par de nombreux auteurs, fut considéré jusque dans ces dernières années comme l'unique complication de la blennorrhagie et M. Thibierge pouvait encore écrire que l'histoire des complications de la blennorrhagie tenait presque tout entière dans celle du rhumatisme. Peu à peu pourtant on s'apercevait que la blennorrhagie en même temps que les articulations ou d'une façon isolée pouvait atteindre le cœur, l'appareil respiratoire, le tube digestif, les centres nerveux, etc.

Ainsi s'établissait l'histoire des manifestations à distance de l'Infection blennorrhagique.

Mais malgré cela la blennorrhagie restait toujours un type de maladie locale, et bien que Pidoux, dès 1866, eut signalé l'altération de la santé qui accompagne la blennorrhagie, même récente, l'étude de l'état général du blennorrhagique, en dehors de toute complication, était complètement négligée. C'est à combler cette lacune, à mettre en lumière les accidents généraux qui accompagnent fréquemment l'urétbrite blennorrhagique que nous nous sommes attacbé dans notre thèse.

La blennorrhagie, en effet, se comporte très fréquemment comme une maladie générale, non pas seulement en créant des manifestations à distance, mais en infectant réellement l'organisme.

L'étude des 750 observations consignées dans les registres d'observations du service des maladies cutanées et syphilitiques de l'hôpital St-Sauveur — celle de plus de 100 cas observés directement, nous a montré que la blennorrhagie s'accompagnait très souvent de lymphangite et d'adénopathie. — Et nous avons admis avec le professeur Leloir que c'est par le système lymphatique que se fait dans le début l'invasion de l'économie. — Les difficultés qu'il y avait en 1893 à cultiver le gonocoque ne nous ont pas permis d'en fournir la preuve bactériologique, mais l'examen clinique nous a montré que l'engorgement ganglionnaire, si fréquent au cours de la blennorrhagie, marque très probablement le premier stade de la généralisation, et les figures de Rindflesch et de M. Cornil donnent la démonstration anatomique que le système lymphatique est la voie de propagation des gonocoques et des microbes d'infection secondaire. Ce chapitre préliminaire terminé, nous passons à l'étude clinique de l'infection blennorrhagique et nous montrons que la blennorrhagie produit soit des accidents généraux sans localisation particulière sur un organe, soit des manifestations localisées.

I. — Accidents généraux.

Les accidents généraux qui surviennent au cours de la blennorrhagie se montrent de préférence chez les sujets jeunes, souvent à l'occasion d'une première blennorrhagie et généralement dans les premières semaines de la maladie. Ils peuvent revêtir une gravité plus ou moins grande, une allure plus ou moins bruyante. Nous les avons divisés en quatre catégories :

a) *Accidents généraux légers.* — Ils comprennent la *pâleur* due à un certain degré d'anémie, la fatigue, l'abattement, l'*asthénie*. L'*anémie* peut être nettement caractérisée, s'accompagner d'étourdissements, de vertiges, d'état syncopal. Il survient aussi, fréquemment, des *myosalgies*, des *névralgies* semblant indiquer par leur localisation aux environs des articulations une tendance au rhumatisme. Des *céphalées*, *une fièvre légère*,

quelques *troubles gastriques* ont été également notés; en somme tous les signes d'une infection légère. Ne se croirait-on pas au début d'une maladie générale? Tous ces accidents se montrent de préférence dans les premiers jours de la maladie et disparaissent vite ; de sorte qu'ils passent souvent inaperçus. Recherchés, on les trouve très fréquemment. Ils ont été notés 110 fois sur 750 observations et encore beaucoup de ces observations n'avaient pas été prises dans ce sens.

b) *Accidents d'intensité moyenne.* — Caractérisés par l'augmentation des accidents déjà signalés et surtout par des phénoménes d'*embarras gastrique fébrile.* L'anorexie apparaît, s'accompagne de *fièvre*, *de vomissements*, *de diarrhée* et parfois d'un léger degré *d'ictère* (une seule observation). Dans certains cas on a pu croire qu'il s'agissait du début d'une infection grave, telle que la fièvre typhoïde. L'erreur, du reste, n'est pas de longue durée, la fièvre ne montant que peu au-dessus de 38°.

c) *Accidents généraux graves.* — Il s'agit ici de cas, rares, où l'état du malade est devenu tellement grave que l'on s'est cru en présence d'une *grande pyrexie*. Les malades se présentent alors sous l'aspect de véritables typhoïsants. La fièvre atteint 40° ; des phénomènes gastro-intestinaux graves surviennent ; la dépression nerveuse apparaît et leur donne l'aspect hébété des typhiques. – Il n'y a pourtant pas de dothiénentérie : c'est un état *pseudo-typhoïde*.

d) *Infection purulente au cours de la blennorrhagie.* — Signalée par certains auteurs, l'infection purulente paraît bien relever d'une infection secondaire. On ne la voit jamais, en effet, survenir au cours d'une blennorrhagie non compliquée. — Dans la plupart des cas, il y a une infection surajoutée : gangrène du prépuce, érysipèle, etc. — La blennorrhagie n'est ici qu'une occasion, une porte d'entrée.

II. — Manifestations localisées.

En première ligne le pseudo-rhumatisme avec ses différentes formes : Arthralgie ; Hydarthrose ; Polyarthrite subaiguë ; Monoarthrite aiguë (plastique, ankylosante) ; Arthrite purulente (De Lapersonne. Th. Agrég. 1886). Puis viennent les complications du côté des différents appareils.

Le cœur, aussi bien dans son muscle que dans ses deux séreuses (endocarde, péricarde), peut être atteint. De même, du côté de l'appareil respiratoire on a cité des manifestations laryngées pulmonaires et pleurétiques. Le tube digestif est, on l'a vu, également le siège de troubles divers et, entre autres nous rapportons un cas d'angine phlegmoneuse survenue à la suite d'une blennorrhagie et suivie d'accidents scorbutiques qui le rapprochent des observations de stomatite ulcéro-membraneuse d'origine blennorrhagique rapportées par Menard.

Après avoir passé en revue les troubles observés du côté des reins, des organes des sens et du système nerveux, nous nous occupons des différentes manifestations cutanées déjà citées par Perrin : poussées de purpura ; érythèmes polymorphes et noueux ; éruptions scarlatiniformes et rubéoliformes. Nous montrons en outre qu'on peut observer l'urticaire, diverses éruptions bulleuses et nous appelons l'attention sur la fréquence de l'acné polymorphe chez les blennorrhagiques.

Nous terminons cette étude de l'infection blennorrhagique par une enquête sur la pathogénie des accidents observés. Bien que les travaux récents aient montré qu'il fallait faire une part de plus en plus large au gonocoque et sans doute (pour les accidents légers) à ses toxines, on ne peut encore, à l'heure actuelle, faire le départ de ce qui appartient au microbe spécifique et de ce qui relève des infections secondaires.

Teslicule blennorrhagique précoce. Deux cas d'Epidydimite blennorrhagique à débul précoce.

Echo médical du Nord, 9 septembre 1900.

L'épidydimite blennorrhagique apparaît dans la grande majorité des cas vers la quatrième semaine en plein écoulement. L'apparition tardive de cette complication de l'uréthrite blennorrhagique n'est pas exceptionnelle, et c'est à cette forme que Mollière et Augagneur ont donné le nom de *testicule blennorrhagique tardif*. Infiniment plus rare est l'épidydimite à début précoce. Les conditions dans lesquelles se propage l'inflammation du canal aux voies spermatiques expliquent la nécessité d'un temps assez long entre le début de la blennorrhagie et l'épididymite.

Nous avons vu deux malades chez lesquels la blennorrhagie brûlant l'étape uréthrale, a frappé d'emblée l'épidydime. Ils ne s'aperçurent de leur maladie qu'à propos de leur orchite et ce n'est qu'en pratiquant un examen minutieux que nous pûmes déceler dans le canal la présence de filaments à gonocoques. En somme le premier accident sensible de la blennorrhagie avait été l'orchite. C'est à cette épidydimite précocement apparue que par opposition au nom de Mollière et Augagneur, nous avons donné le nom de *testicule blennorrhagique précoce*. Pratiquement il y aura à tenir compte de cette forme qui n'avait pas été signalée et on ne devra porter le diagnostic d'orchite traumatique qu'après avoir éliminé l'épidydimite blennorrhagique à début précoce.

II. — DERMATOLOGIE

Des Dermatoses vaccinales

Presse Médicale, 29 Décembre 1994.

On peut à l'occasioo de la vaccine observer une série de manifestations cutanées doot les unes soot sous la dépeodaoce de l'infection vaccinale, soit qu'elle agisse directement comme pour les rash vaccinaux (érythémateux, morbilliformes, scarlatiniformes, papuleux, ortiés), la miliaire, le pemphigus, le purpura ; soit qu'elle agisse comme cause occasionnelle comme pour l'eczéma, le psoriasis, etc. D'autres dépendent d'iofectioo secondaire. C'est aux premières qu'il faut réserver le nom de *Dermatoses vaccinales*.

III. — SYPHILIS

Contribution à l'étude de l'influence de la syphilis sur la scrofulo-tuberculose.

Presse Médicale, Janvier 1901.

Dans ce travail, nous montrons que la sypbilis peut agir sur la tuberculose non pas seulement en tant que cause de débilitation de l'organisme, mais que pour certaiues formes de tuherculose — la scrofulo-tuberculose en particulier — elle agit d'une façon plus directe, presque spécifique.

Dans la première observation, chez un enfant né d'un père syphilitique, et seul venu à terme sur sept grossesses, apparaissent vers l'âge de 18 mois des gommes et des foyers d'ostéopériostites les uns encore fermés, les autres ouverts. Sous l'influence du traitement mixte, toutes ces lésions rétrocèdent, quelques-unes disparaissent complètement. Mais au bout d'un certain temps, l'amélioration s'arrête, puis les lésions changent de caractère, s'aggravent malgré le traitement et une enquête nous apprend que l'enfant est en contact journalier avec une honne qui, peu de temps après, meurt de tuberculose pulmonaire. Dans ce cas, les lésions d'hérédo-syphilis ont servi de porte d'entrée et de terrain de culture au hacille de Koch et ainsi la syphilis a donné naissance à la scrofule.

L'autre malade était au préalable scrofuleuse, mais sans manifestations tuberculeuses sensibles. Elle contracte la syphilis et au moment de la roséole présente des adénopathies qui suppurent et offrent tous les caractéres des adénites tuherculeuses. Son état général devient mauvais, la fièvre s'allume; elle tomhe dans un état typhoïde; la diarrhée survient, la cachexie apparaît et trois mois à peine après le début de la

syphilis, sils msurt en hypothermis. A l'autopsie nous trouvons une tuberculose ganglionnaire généralisée, dss ulcérations tuberculsuses de l'intsstin et des lésions du foie qui rappellent le foie ficelé des tuberculeux décrit par Hanot.

Ce fait a la valeur d'une expérience. La syphilis en pénétrant dans l'économie a réveillé le bacille de Koch qui sommeillait dans les ganglions, l'a entraîné avec elle dans sa marchs généralisatrics et a fait d'une tuberculose latente uns tuberculoss à marche aiguë. Il y a donc eu une action directs ds la syphilis sur la tuberculose préexistante.

Syphilis et septicémie staphylococcique. — Fièvre et cachexie syphilitique. — Influence du traitement sur la marche de la septicémie. — Syphilis ignorée chez deux frères.

(En collaboration avec M. le professeur Surmont).

Echo médical du Nord, 11 juillet 1897.

Les syphiligraphes décrivent au cours ds la syphilis des poussées fébriles qui apparaissent soit au début ds la maladie, soit plus tard, en même temps que les accidents tertiaires. Cette fièvre peut parfois s'accompagner de cachexie. C'sst à un cas de ce gsnre que nous avons eu affaire st nous avons pu constatsr que fièvrs et cachexie étaisnt liés non à la syphilis elle-même, mais à une infection surajoutée.

Le malads, âgé ds 31 ans, sans antécédsnts héréditaires ou personnels notables, s'était présenté avsc les apparsncss d'un tuberculeux à la période ds la fièvre bectiqus (39°5), son poids était tombé de 60 à 49 kil. Rien dans l'examen des viscèrss n'expliquait cet état de déchéance organique. Ssul l'appareil tégumentaire présentait des lésions à forme ecthymateuss à la suite desquellss était survenue une fièvre continue avec accès annoncés par un frisson et se continuant par dss stadss de chaleur et de sueur. L'examen du sang démontra l'absencs ds

l'hématozoaire de Laveran ; la numération des globulee donuait le chiffre de 4.450.000; la valeur en hémoglobine représentait 2.900.000, soit un rapport de 0.65, ce qui écartait l'idée de l'anémie pernicieuse progressive. La culture du eang donna des colonies de *staphylocoques blancs.* L'étude des urines n'indiquait rien de saillant. Il s'agiesait donc d'une septicémie staphylococcique, qu'on était amené à attribuer aux accidents cutanée.

L'étude de ces accidents de forme nettement circulaire, de profondeur notoire, d'aepect hourbillonneux, et la découverte d'une petite gomme sous la peau du fourreau, firent porter le diagnostic de syphilis qu'une étude plus attentive des antécédents du malade ne fit que confirmer : le malade, en effet, avait vu survenir, depuis l'âge de 27 ans, une série de poussées, de léeions ulcéreuses qui, une première fois déjà, avaient donné lieu à des phénoménes généraux et qui s'étaient amendés à la suite de l'administration de l'iodure de potassium et du mercure. Il avait souffert de céphalées, de douleurs ostéocopes, etc. Il fut mis au traitement mixte ; tous les accidents disparurent très rapidement et le poids du corps avait augmenté de 30 livres en 70 jours.

Il e'agissait donc hien d'un cas de cachexie syphilitique avec fièvre comme en ont décrit les syphiligraphes. L'importance de notre observation réside dans ce fait qu'ici la fièvre est liée, ainsi que la cachexie, non à la syphilis elle-méme, maie à une infection secondaire par le etaphylocoque, fait peut-être plus fréquent qu'on ne le croit. De plus, l'infection disparait par le traitement non de l'infection elle-même, maie de la eyphilis. Ce fait a la valeur d'une expérience et met en lumière l'importance du terrain dans la question de la résietance aux infections.

L'histoire du second malade est heaucoup moins importante : il s'agissait de lésions de la langue considérée comme tuberculeusee et qui disparurent en eix semaines par le traitement mixte. Rien ne permit de découvrir la porte d'entrée de la syphilis chez les deux frères.

De l'écrouelle syphilitique. Bubon syphilitique ramolli.

Echo Médical du Nord, 18 novembre 1900.

L adénopathie satellite du chancre syphilitique est dure, indolente, roulant sous le doigt. Quand le chancre est mixte ou quand il est infecté par les microbes de la suppuration, cette adénopathie peut s'enflammer et suppurer. En dehors de ces cas, les ganglions syphilitiques ne suppurent pas, mais ils peuvent se nécroser et se ramollir par un processus analogue à celui qui produit le ramollissement de la gomme. C'est là un fait tellement exceptionnel que M. Fournier ne le signale pas dans son traité de la syphilis. — Nous l'avons observé chez une femme atteinte de chancre infectant de la vulve. L'adénopathie inguinale correspondante devint volumineuse, s'empâta puis finalement le centre de la masse ganglionnaire se ramollit sans qu'il y ait eu ni chaleur, ni douleur, ni de véritable rougeur. L'ouverture de ce foyer nous fit pénétrer dans une cavité non purulente mais contenant des détritus caséeux. L'examen et les cultures de ces débris ne donnèrent aucun résultat. L'inoculation au cohaye fut négative et l'ulcération comme l'adénopathie disparurent fort rapidement sous l'influence du traitement spécifique. Il s'agissait d'une véritable gomme ganglionnaire précoce, d'une écrouelle syphilitique.

IV. — INTOXICATIONS

Contribution à l'étude de l'intoxication par le plomb et particulièrement du syndrôme colique saturnine.

Observations et Documents publiés dans la thèse du Dr Hermand, Lille, 28 juillet 1894.

Ce travail a été entrepris dans le service de notre regretté maître le Professeur Wannebroucq, dans le but de défendre des idées qui lui étaient chères.

L'examen journalier des saturnins (les cérusiers sont très nombreux à Lille) l'avait convaincu que ces phénomènes douloureux qui ont été décrits sous le nom de colique saturnine sont dus non pas tant à la véritable colique, qu'à l'hyperesthésie cutanée ou à la myosalgie des muscles de l'abdomen; l'intestin souffrirait fort peu. Les autres accidents abdominaux qui complètent le syndrôme, et en particulier la constipation, s'expliquent très bien par la sensibilité de la paroi. Chargé par lui d'étudier ce point de l'histoire du saturnisme, nous avons recueilli vingt-sept observations qui ne sont que la répétition de beaucoup d'autres. Elles apportent de solides arguments à l'interprétation admise par notre maître. Elles montrent également que la grande voie d'absorption du plomb est le tube digestif, les voies respiratoires et cutanées étant tout à fait exceptionnelles.

Intoxication mercurielle.

I. — **Troie cae d'intoxication mercurielle.**

Echo Médical du Nord, 2 janvier 1898.

II. — **Note sur ces cas d'intoxication mercurielle par voie obetétricale. — Mort par anurie.**

Echo Médical du Nord, 30 octobre 1898.

III. — **Intoxication mercurielle aiguë. — Paralyeie hystéro-mercurielle.**

Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 4 octobre 1900.

I. — Le mercure, si souvent employé en thérapeutique, peut produire des accidents parfois très graves. Nous en rapportons trois exemples qui ont cette particularité d'être dus tous trois à des pharmaciens.

Dans un premier cas, il s'agit d'une intolérance particulière de la malade. Une jeune femme, à la suite de l'absorption de 0 gr. 60 de calomel, présente une stomatite très intense et des phénomènes généraux d'intoxication mercurielle.

Notre deuxième malade était un brightique à qui, pour dee lésions cutanées très prurigineuses, un pharmacien administra intempestivement une pommade fortement hydrargyrique. Il eut une attaque d'urémie dont il ne se releva pas.

Dans notre troisième observation, l'intoxication mercurielle est moins évidente puisqu'on ne put retrouver le médicament coupable. Il e'agit d'une tentative d'avortement pour laquelle l'intéressée s'administra certaine drogue qui lui donna des sellee et des vomissements eanglants, une stomatite très accentuée et une glycosurie transitoire. Elle guérit, d'ailleurs, assez rapidement.

II. — Il n'en fut pas de même d'une autre malade, qui, ayant fait une perte, eut de la rétention des membranes. La garde lui fit, par mégarde, une injection intra-utérine d'une solution forte de sublimé à la suite de laquelle la malade présenta des signes très nets d'intoxication mercurielle grave et surtout une anurie qui persista et qui entraîna la mort au bout de 10 jours.

L'examen des reins montra un type de rein blanc. Histologiquement on put constater une dégénérescence totale de l'épithélium des canaux du rein, des lésions de glomérulite et d'endartérite oblitérante avec une réaction peu accentuée du tissu conjonctif. En somme, une néphrite diffuse comme dans les infections aiguës. Le poison a agi à la fois sur l'élément cellulaire et sur les vaisseaux, confirmant ainsi les idées de M. Brault sur la pathogénie des scléroses. Le foie présentait des lésions beaucoup moins accentuées, mais déjà notoires : multiplication des noyaux des cellules hépatiques ; dégénérescence de quelques-unes d'entre elles ; infiltration embryonnaire des espaces portes et des capillaires radiés ; tendance du tissu conjonctif à former des anneaux autour des lobules. Ces altérations hépatiques sont à rapprocher de celles obtenues par Claude à l'aide de toxines de différents microbes. Quant aux lésions du rein, elles sont comparables à celles observées dans le cours de certaines infections et il apparaît que toxines microbiennes ou toxiques végétaux(cantharides) ou minéraux agissent de la même façon.

III. — Les faits de paralysie au cours de l'intoxication mercurielle aiguë sont des plus rares, et Spillmann et Etienne, dans leur mémoire sur les *Polynévrites mercurielles aiguës*, n'en rapportent que six observations. Dans le cas que nous rapportons, la paralysie, bien qu'apparue en même temps que les accidents d'hydrargyrisme aigu (stomatite, érythème, etc.) n'offrait pas les caractères attribués par Spillmann et Etienne aux paralysies mercurielles aiguës ; elle se rapprochait beaucoup plus des paralysies chroniques. De plus, notre malade

présentait une anesthésie occupant presque tout le tégumeot externe et d'autres stigmates hystériques, si bien que nous avoos dû nous demaoder si l'hystérie n'entrait pas pour une part dans les troubles moteurs, quoiqu'ils n'eussent pas la forme habituelle des paralysies hystériques. Nous avons admis qu'en présence des accidents qu'on ne pouvait attribuer exclusivement ni au mercure, ni à l'hystérie, on pouvait croire qu'uoe paralysie hystérique de forme anormale s'était installée sous le couvert et à l'occasion de l'intoxication hydrargyrique, celle-ci ayant préparé le terrain sur lequel l'hystérie a agi. Il s'agirait en somme d'une paralysie hystéro-mercurielle.

V. — INFECTIONS

Un cas de méningite streptococcique dans le cours d'un érysipèle de la face.

Médecine moderne, 4 août 1897.

Les accidents cérébraux se voient fréquemment au cours des érysipèles. Mais même lorsqu'ils affectent une localisation précise telle qu'une hémiplégie, l'autopsie ne permet pas toujours de déceler une lésion nette. On a tendance à croire que dans ces faits les accidents cérébraux sont dus à une action des toxines streptococciques sur les centres moteurs corticaux. En fait, la méningite érysipélateuse est des plus rares. Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas qui est le suivant :

Un homme de 41 ans, alcoolique, syphilitique et en état de dépression physique et morale, fait une chute et contracte un érysipèle de la cavité nasale, du pharynx et de la face. Quelques jours après il a une crise convulsive à la suite de laquelle on constate une hémiplégie droite avec paralysie faciale totale, aphasie, déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche. Il meurt en 48 heures dans le coma. A l'autopsie on découvre, outre des noyaux de broncho-pneumonie au sommet droit, une couche purulente située sur la dure-mère cérébrale à gauche, recouvrant toutes les régions motrices gauches. La pie-mère sous-jacente était intacte. L'examen et la culture du pus de la cavité crânienne montrent un streptocoque à l'état de pureté. Cette constatation et la situation de l'exsudat méningé (pachyméningite aiguë) établissent qu'il s'agissait bien d'une lésion succédant directement à l'érysipèle.

Tuberculose rénale
par contiguité à la suite d'un mal de Pott lombaire

Médecine Moderne, Septembre 1897.

La tuberculisation du rein se fait soit par voie sanguine, soit par voie ascendante. — Plus rarement le rein est atteint par contiguité comme dans le cas suivant :

Une jeune fille atteinte dés l'enfance de mal de Pott et pré sentant des antécédents nettement tuberculeux, entre à l'hôpital avec des signes de granulie. Elle y meurt, eu quelques jours, d'asphyxie. A l'autopsie on découvre effectivement des granulations dans les viscéres et les séreuses, mais les deux reins, surtout le droit, présentaient des lésions tuberculeuses anciennes. Le rein droit avait l'aspect classique du rein géode et il était relié aux organes voisins et surtout à la colonne vertébrale au niveau du mal de Pott lombaire par une périnépbrite scléreuse très marquée. Les uretères et la vessie étaient intacts. Les lésions s'étaient donc succédé de cette façon : mal de Pott lombaire, tuberculose rénale, enfin granulie. Il s'agissait d'une tuberculose rénale par contiguité.

VI. — ESTOMAC

Un cas de mort subite dans le cancer de l'estomac

(En collaboration avec M. le professeur Surmont).

Annales de Médecine, 2 Décembre 1891.

Id. *Bulletin médical du Nord*, 11 Décembre 1891.

On voit parfois au cours d'une hémoptysie abondante un malade succomber, non pas tant à cause de la perte de sang que par l'asphyxie, le sang ayant envahi tout l'arbre aérien. Ce genre de mort est infiniment plus rare dans l'hématémèse et le cas que nous en rapportons est une véritable curiosité pathologique.

Il s'agit d'un homme atteint de carcinome latent du pylore qui, brusquement au milieu de la nuit, est pris de vomissements noirâtres et meurt sur le coup. A l'autopsie on trouva un carcinome ulcéré du pylore et du sang épanché dans l'estomac; mais l'attention fut surtout attirée par les lésions de l'appareil respiratoire : le larynx, la trachée et les bronches jusqu'aux fines ramifications étaient remplis d'un liquide noirâtre et poisseux qui était du sang. Cet homme était donc mort non de son hématémèse, mais asphyxié par la pénétration des matières vomies dans l'arbre aérien. Cette pénétration se produisit parce que le vomissement survint pendant le sommeil et surprit le malade dont la glotte resta béante.

VII. — THÉRAPEUTIQUE

Contribution à l'étude du traitement des sueurs nocturnes par l'acide agaricinique.

En collaboration avec M. le professeur COMBEMALE.
Bulletin Médical du Nord, 22 mai 1897.

Les expériences tentées sur des tuberculeux nous ont amenés aux conclusions suivantes :

1° Que l'acide agaricinique est un agent antisudoral certain à la dose de deux ou quatre centigrammes dans les cas de tuberculose pulmonaire au deuxième degré.

2° Que cette action antisudorale peut survenir dans le cas où la diaphorèse nocturne n'est pas liée à la tuberculose pulmonaire.

3° Lorsque le tube digestif est intact, on peut donner l'acide agaricinique aux doses ci-dessus indiquées sans craindre l'apparition de troubles du tube digestif ou des autres systèmes.

4° Les effets antisudoraux se manifestent deux heures après la prise, c'est pendant six à sept heures que se montre l'action antihydrotique de l'acide agaricinique, cette action ne se prolongeant pas pour la nuit suivante.

Traitement de la Syphilis.

Traité de thérapeutique de M. le professeur LEMOINE.
Édition de 1896.
Id. *Nord Médical*, 1896.

Publications purement didactiques destinées à condenser les principales indications thérapeutiques qui se présentent au cours de la syphilis.

VIII. — SYSTÈME NERVEUX

Un cas de Paramyoclonus Multiplex de Friedreich

Bulletin médical du Nord, 9 septembre 1892
Publié par M. le professeur Lemoine

Le malade qui fait le sujet de l'observation, sans antécédents héréditaires ou personnels notables, fut pris brusquement, à la suite d'une vive frayeur, de mouvements involontaires dont l'amplitude s'accrut peu à peu et qui prirent le caractère de mouvements tétaniques et cloniques à grande extension. Ces mouvements revenaient par accès. L'accès débute par des trémulations fibrillaires et par le durcissement du muscle, puis apparaissent les mouvements de plus en plus étendus. Presque tous les muscles de l'économie, y compris les muscles du thorax et le diaphragme, sont atteints. A cet état se surajoutaient de l'écholalie, de l'échokynésie et un état psychique (délire de persécution, tentatives de suicides) qui rapprochent singulièrement cette affection de la *maladie des tics de Gilles de la Tourette et Guinon*. Le diagnostic porté fut Paramyoclonus multiplex de Friedreich ; peut-être serait-il plus juste, à l'heure actuelle, de penser qu'il s'agit d'un fait de passage entre cette dernière maladie et la maladie des tics.

De l'hémiplégie dans la méningite tuberculeuse des adultes.

Observations et Documents
publiés dans la thèse du Dr Hennart, Lille, 22 Juin 1895.

Au cours de la méningite tuberculeuse chez l'adulte, on observe assez fréquemment l'hémiplégie. On en trouve les

raisons, soit dans une plaque de méningite, soit dans les altérations de l'écorce, soit enfin dans une apoplexie capillaire, un tubercule, une hémorrhagie. Mais la raison de l'hémiplégie peut échapper. Il en a été ainsi dans un cas que nous avons observé : l'hémiplégie complète s'accompagna d'une hémianesthésie très nette. A l'autopsie, aucune lésion ne fut trouvée expliquant l'hémiplégie. Aussi pensons-nous que parfois l'hémiplégie qui survient au cours de la méningite tuberculeuse a sa cause non dans la méningite elle-même, mais dans l'hystérie concomitante, et à ce titre la méningite rentre dans les causes provocatrices de l'hystérie.

Un cas de chorée gravidique.

Presse médicale, 1er septembre 1894.

Id. *Archives de Tocologie*, janvier 1895. Dans une publication de M. le docteur Bué.

Chorée typique se développant à propos d'une grossesse, évoluant avec elle et récidivant à propos d'une seconde grossesse.

Un cas de Syringomyélie.

Académie de médecine, 21 février 1893. Présentation de M. le professeur Leloir.

Ce cas fut présenté à l'Académie de médecine par mon regretté maître le professeur Leloir, à propos d'une discussion soulevée par Zambaco-Pacha. On sait que M. Zambaco rattachait à la lèpre les cas de maladie de Morvan et nombre de cas de syringomyélie. Il les considérait comme des vestiges de l'ancienne lèpre et sous l'influence de cette idée, nous nous étions demandé si dans les pays réputés non lépreux et, en particulier, dans la région du nord de la France, les cas de syringomyélie ne représentaient pas des cas bâtards de *Lèpre systématisée nerveuse*. En l'espèce, il s'agit d'un jeune homme qui n'avait jamais quitté

les Flandres et qui présentait les signes classiques d'une syringomyélie : troubles trophiques musculaires et cutanés des mains, des avant-bras et des bras; dissociation des sensibilités des mêmes régions et de la partie supérieure du tronc (en veste) ; paraplégie spasmodique ; légère scoliose ; etc.

Ce css n'offre plus guére d'intérêt qu'au point de vue de l'histoire des doctrines qui ont eu cours sur la syringomyélie.

Gliomes de la moelle — Neurofibromes des racines. — Névrite interstitielle des sciatiques. — Contribution à l'étude de la lésion dite syringomyélie.

(En collaboration avec M. le docteur RAVIART). *Archives de Médecine expérimentale*, Janvier 1901.

Nous avons pu examiner la moelle d'un bomme dont l'histoire clinique se résume comme suit :

Pas d'alcoolisme, ni de syphilis. Deux ans avant le début des accidents, entorse et consécutivement paralysie avec atrophie des extenseurs de la jambe. Au début de la maladie, chute sur la nuque, suivie de coma. Puis aprés, disparition du coma, apparition d'une atrophie musculaire et de troubles de la sensibilité qui vont s'accentuant ; six mois avant la mort, on constatait les signes suivants :

Atrophie musculaire généralisée au tronc et aux membres. *Impotence* presque absolue et *ataxie*. Sens musculaire aboli. Intégrité compléte de la zone céphalique (à part la surdité).

Pas de troubles trophiques cutanés, osseux ou articulaires.

Réflexes tendineux exagérés et accompagnés de spasmes fibrillaires.

Réflexes cutaués abolis.

Sensibilité subjective : *Douleurs* extrémement vives et généralisées.

Sensibilité objective : *Anesthésie tactile complète*, surtout aux membres supérieurs.

Pas d'analgésie ni de thermoanesthésie.

Les sens spéciaux, à part l'ouïe, sont intacts.

Incontinence d'urine et des matières fécales.

La maladie prit rapidement une allure très grave et le malade mourut 17 mois après le début des accidents, sans qu'un diagnostic ferme fût porté.

L'autopsie nous montra dans la moelle *trois gliomes*, l'un occupant la région *cervicale* et ayant détruit toute la substance grise de la moelle à ce niveau. Le second occupait la région *cervico-dorsale*. Il avait pris naissance dans le cordon antérieur droit, c'est-à-dire *dans la substance blanche*, et refoulait en descendant la substance grise et l'épendyme, mais sans entrer en rapport avec celui-ci. Le troisième, s'étendant de la *région dorsale jusqu'à l'extrémité de la moelle*, siégeait dans les cordons postérieurs ; il se creusait d'une *cavité* qui venait s'ouvrir à l'extérieur au niveau de la 8me paire dorsale et se continuait en s'effilant vers la moelle lombaire.

L'étude histologique que nous avons faite nous a montré que les trois tumeurs étaient des *gliomes* variables comme feutrage fibrillaire et comme richesse en cellules, mais composés des mêmes éléments d'origine exclusivement névroglique. — Quant à la cavité, elle ne présentait pas de paroi cicatricielle comme en nnt décrit MM. Joffroy et Achard ; elle résultait d'une *désintégration* des éléments centraux du gliome. — Cette fonte est due, nous a-t-il semblé, à la *stase veineuse* produite par la pression que les gliomes supérieurs exerçaient sur les voies circulatoires du centre de la moelle.

En outre les racines, les ganglions rachidiens présentaient des tumeurs *fibromateuses*, les sciatiques, une *névrite interstitielle* des plus accusées.

Nous avons cru pouvoir rattacher ces lésions histologiquement différentes (gliomes, fibromes, névrites), à une même cause, chaque point du système nerveux ayant répondu selon son mode particulier de réaction à une même excitatinn.

La clinique nous a montré une fois de plus que « le syndrôme dissociation ne se trouve pas toujours derrière la syringomyélie » (Grasset), et aussi combien il faut se défier des systématisations trop schématiques en fait de maladies nerveuses. L'anatomie pathologique nous montre la syringomyélie non pas comme une maladie mais comme une lésion secondaire à des lésoins qui elles-mêmes sont de nature variable.

IX. — PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

I. — Contribution à l'étude de l'excrétion urinaire chez les syphilitiques.

Archives générales de Médecine (sous presse).

Tandis que dans ces dernières années l'étude du sang chez les syphilitiques a été soigneusement faite par Zéleneff, Dominici, etc., on a laissé presque complètement dans l'oubli l'examen des urines. C'est à peine si les auteurs classiques signalent un mémoire de Strépanoff, datant de 1875. Depuis, plus rien. Pourtant, la fragilité si particulière du rein vis à-vis de la syphilis, l'altération de l'état général au cours de cette affection, la marque qu'elle laisse dans l'organisme rendent doublement intéressant l'examen de la fonction urinaire des syphilitiques. C'est à combler cette lacune qu'est consacré ce mémoire.

Il s'appuie sur l'étude de quarante cas de syphilis. Nous avons choisi de préférence des sujets jeunes sans antécédents morbides notables et surtout sans trace d'affection rénale. Nous avons pris également (sauf pour quelques cas) des syphilis à la période primaire (chancre) et secondaire. En somme, un rein jeune et sain, en face d'une syphilis en activité. Nous avons cru nous placer ainsi dans les meilleures conditions pour juger de l'action de la syphilis sur l'excrétion urinaire.

En premier lieu, nous avons pratiqué l'*analyse chimique* des urines; puis l'essai de la *toxicité urinaire;* troisièmement, l'*épreuve du bleu de méthylène;* et enfin la *cryoscopie* des urines.

I. — Analyse chimique.

L'analyse chimique des urines nous a amené aux conclusions suivantes :

1° Dans un certain nombre de cas, la moitié à peu près

(18 cas sur 40) l'excrétion urinaire n'est pas modifiée par la syphilis. Non seulement on ne trouve aucun principe anormal, mais les principes normaux de l'urine se trouvent en quantité normale. Cette donnée concorde avec les résultats fournis par l'observation clinique qui montrent que la moitié environ des syphilitiques ne sont pas touchés dans leur nutrition générale.

2° 22 fois sur 40 nous avons noté des modifications du liquide urinaire, *trois fois* nous avous relevé des traces *d'albumine* (sans signes apparents de néphrite) ; *deux fois* nous avons trouvé une petite quantité *de sucre* (2 gr. à 2,50), vite disparue d'ailleurs — *une fois* les urines contenaient des *pigments biliaires* normaux ; *une autre fois* de *l'urobiline*.

Quant aux matériaux normaux de l'urine dosés d'aprés les méthodes ordinaires, nous avons noté que dans sept cas l'urée, les chlorures, les phosphates et l'acide urique dépassaient notablement la moyenne admise pour un kilogramme d'individu sain. — Dans ces cas la quantité des urines était considérable (2.000 à 2.500 cc.) et la densité élevée (1.020 à 1.025).

Dans dix cas le taux de l'urée et des phosphates était abaissé, le taux des chlorures étant moyen ou élevé et celui de l'acide urique toujours élevé.

Dans les cinq derniers cas tous les principes ci-dessus énumérés étaient à un taux plus bas que la normale.

II. — Toxicité urinaire.

Dans tous les cas, sauf un, l'urine des syphilitiques s'est montrée hypotoxique. Cette hypotoxicité a été observée soit en poussant l'injection jusqu'à la mort de l'animal, soit en lui injectant une certaine quantité sans aller jusqu'à la mort. Les lapins de cette dernière catégorie ont survécu, même quand ils avaient reçu une quantité d'urine plus considérable que celle qui les aurait tués si l'urine avait été émise par un homme sain (en prenant pour base les chiffres fournis par M. Bouchard). L'urine des syphilitiques est donc très peu toxique, du moins pour les lapins.

III. — Épreuve du Bleu de Méthylène.

Cette épreuve à été pratiquée à la fois comme moyen de contrôle des autres méthodes et comme moyen d'étude. Elle nous a montré :

1° Que chez certains syphilitiques l'élimination du bleu se faisait dans les délais normaux et avec un rythme normal ;

2° Que chez d'autres elle se faisait plus rapidement comme marche et comme quantité éliminée pendant 24 heures ;

3° Qu'une troisième catégorie de malades avait une élimination faible ;

4° Enfin que parfois on observait une élimination policyclique.

IV. — Cryoscopie.

La cryoscopie des urines syphilitiques nous a donné des chiffres variables qui suivent d'une façon générale les chiffres de la densité des urines quelquefois très faibles, d'autres fois assez forts.

V. — Conclusions générales.

Si nous comparons l'histoire clinique des malades observés avec les résultats que nous ont fournis les différents modes d'examen des urines, nous arrivons aux conclusions suivantes :

D'une façon générale, au moment des poussées éruptives, mais surtout au moment de l'explosion secondaire marquée par l'apparition de la roséole, l'urine augmente de quantité. La densité s'élève et les principes normaux de l'urine se trouvent à leur tour plus élevés que normalement. C'est aussi au moment de l'explosion secondaire qu'on trouve dans l'urine des traces d'albumine, de sucre, parfois des pigments biliaires normaux et de l'urobiline. En même temps on note que l'élimination du bleu de méthylène se fait plus activement et que la cryoscopie donne des chiffres élevés.

Dans l'intervalle des poussées, au contraire, la quantité et la densité des urines tendent à la normale. Il en est de même de

l'urée, des chlorures, des phosphates et des uréides. L'élimination du bleu se fait suivant une courbe très normale, la cryoscopie donne des chiffres moins élevés.

Certains malades anémiés, asthéniés à la suite d'une poussée ont des urines variables comme quantité, mais de densité assez faible et pauvres en matériaux ; l'élimination du bleu se fait chez eux comme si le rein avait perdu de sa perméabilité ; le point de congélation est moins bas que dans les cas précédents.

Considérant ces résultats, nous disons que dans les périodes d'activité de la syphilis, il y a chez un grand nombre de syphilitiques des troubles de la nutrition qui se caractérisent par une combustion plus active, par une désassimilation excessive des tissus. Cette désassimilation se traduit par une augmentation de la diurèse et des matériaux de l'urine. Quand la syphilis redevient silencieuse l'organisme tend à reprendre son équilibre, l'excrétion urinaire redevient normale. Parfois même, dans l'organisme fatigué, les combustions se font plus lentement, et la façon dont se fait la diurèse montre cette fatigue de l'économie.

Mais la syphilis n'altère pas seulement la nutrition générale, elle peut en outre affecter particulièrement le rein (albuminurie, diminution de la perméabilité rénale) et le foie (pigments biliaires, urobiline, glycosurie, élimination policyclique du bleu). Ces localisations de la syphilis sur le rein et le foie se voient surtout dans les formes graves de la maladie chez les vieillards dont le rein est déjà préalablement insuffisant, l'insuffisance rénale augmente du fait de la syphilis et elle s'atténue par le traitement. Le traitement d'ailleurs (et le fait a été vérifié par des épreuves comparatives) agit d'une façon favorable sur les troubles de la fonction urinaire chez les syphilitiques.

Telles sont les considérations qui résultent de notre travail. Ne pouvant, dans ce résumé, entrer dans tous les détails, nous avons dû nous borner à des constatations générales et ne pas envisager les points particuliers qui prêteraient à discussion.

II. — Étude comparée du sang et de l'urine chez les syphilitiques.

(En préparation).

Pour compléter le travail résumé plus haut, nous avons voulu étudier comparativement les variations qui se produisent dans le sang et l'urine des syphilitiques. Bien que nos résultats soient encore incomplets, nous croyons pouvoir dire qu'il existe un certain parallélisme entre les altérations du sang et celles de l'urine. Ce parallélisme se traduirait par la formule générale suivante : Au moment des poussées de syphilis : dans le sang, diminution des globules rouges ; et dans l'urine, augmentation des matériaux d'excrétion.
